

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRESSA MARCELE MAIA GUIMARÃES

**PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ÂMBITO HOSPITALAR:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

CURITIBA

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRESSA MARCELE MAIA GUIMARÃES

**PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ÂMBITO HOSPITALAR:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado como requisito parcial de avaliação da disciplina Seminário de Monografia B, no curso de Bacharelado em Educação Física, Setor Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná

Orientadora: Profa. Dra. Lucélia Justino Borges.

CURTIBA, 2021

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRESSA MARCELE MAIA GUIMARÃES

PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Educação Física.

Profa. Dra. Lucélia Justino Borges
Orientadora – Departamento de Educação Física, UFPR

Profa. Dra. Ana Maria Caliman Filadelfi
Departamento de Fisiologia, UFPR

Profa. Dra. Soraya Corrêa Domingues
Departamento de Educação Física, UFPR

Curitiba, 03 de agosto de 2021.

*À minha mãe,
minha maior inspiração,
por todo seu amor,
paciência e dedicação.*

*À minha querida irmã,
pelo apoio e persistência.*

*Aos meus amados animais,
por toda companhia e por me fortalecer dia-a-dia.*

*Ao meu grande herói,
meu sol,
minha luz,
minha estrela,
Libol,
que fez sua travessia cedo demais.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe, Wilma, pelo incentivo e presença constante nos momentos de alegria e agonia.

À minha amada irmã, Angel, que apesar das adversidades me serve como inspiração e por acreditar que vale a pena.

À minha querida tia, Lucinda, pelo carinho e por toda ajuda espiritual.

À minha querida professora orientadora Dra. Lucélia, pelos estímulos incansáveis, por toda a compreensão, empatia, sensibilidade, generosidade e competência, me fazendo enxergar muito além dos meus olhos.

À minha querida amiga Ana Luiza, por sempre me incentivar nos momentos difíceis, pela empatia e compreensão, por toda a ajuda durante a graduação e na vida.

Aos meus amados animais, Bidu, Morcego, Nelsinho, Luciane Rubens, Ravi e Sofia, por toda companhia e amor. Especialmente ao meu eterno Liborio (Libol), por fazer parte de toda trajetória e motivação desse trabalho.

As queridas professoras participantes da banca examinadora, Ana Maria e Soraya, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

RESUMO

O profissional de educação física (PEF) possui um rol de possibilidades de atuação profissional, dentre elas está o âmbito hospitalar. O presente estudo objetivou sistematizar a literatura sobre a atuação do PEF em hospitais. Para isso foram utilizados estudos originais encontrados na literatura no formato de artigos, teses e dissertações, publicados na língua portuguesa ou inglesa, no período de 2000 a 2021, disponíveis nas bases de dados PubMed, SciELO, Bireme e Catálogo de teses e dissertações da CAPES, sendo utilizados os seguintes termos para a busca: “professor de educação física”, “profissional de educação física”, “educação física”, “hospital”, “pacientes internados”, “atividade física”, “exercício físico” e “promoção da atividade física”. Após as buscas os resultados foram exportados para o gerenciador de referências Mendeley, e em seguida exportados para o aplicativo Rayyan, no qual ocorreu o processo de seleção dos estudos. Os estudos selecionados foram exportados em uma planilha no Excel e foram analisados descritivamente. Do total de 271 estudos, 266 foram excluídos (duplicação e por não atenderem os critérios de elegibilidade) e um foi incluído por meio da busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados, resultando em seis estudos sobre a atuação do PEF em hospitais. Os resultados mostraram que as atividades desenvolvidas pelos profissionais buscavam estimular aspectos afetivos, sociais e culturais por meio de múltiplas práticas corporais, como jogos cooperativos e recreativos, prática de atividade física e exercício físico. Além disso, os perfis dos pacientes atendidos pelos profissionais eram pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos, pacientes com doença renal crônica e pacientes com potencial para desenvolver diabetes mellitus tipo 2. As dificuldades da atuação do PEF foram pautadas pela falta de uma especialização para atuar com as demandas específicas dos pacientes. Ademais, as potencialidades foram observadas por meio da valorização das ações desenvolvidas pelos PEF, encorajando os pacientes a se tornarem fisicamente mais ativos. Conclui-se que o PEF tem forte potencial para atuar em ambientes hospitalares, promovendo o direito ao acesso à prática de AF.

Palavras-chave: Professor de Educação Física; Profissional de Educação Física; Educação Física; Hospital; Pacientes Internados; Atividade Física; Exercício Físico; Promoção da Atividade Física.

ABSTRACT

The physical education professional (PEP) has a list of possibilities for professional performance, among them is the hospital environment. This study aimed to systematize the literature on the performance of the PEP in hospitals. For this, original studies found in the literature were used in the form of articles, theses and dissertations, published in Portuguese or English, from 2000 to 2021, available in the databases PubMed, SciELO, Bireme and Thesis Catalog and CAPES dissertations, using the following search terms: “physical education teacher”, “physical education professional”, “physical education”, “hospital”, “inpatients”, “physical activity”, “physical exercise” and “promotion of physical activity”. After the searches, the results were exported to the Mendeley reference manager, and then exported to the Rayaan application, in which the study selection process took place. The selected studies were exported in an Excel and descriptively analyzed. Of the total of 271 studies, 266 were excluded (duplication and for not meeting the eligibility criteria) and one was included through a manual search in the reference lists of selected studies, resulting in six studies on the performance of the PEP in hospitals. The results showed that the activities developed by the professionals sought to stimulate affective, social and cultural aspects through multiple bodily practices, such as cooperative and recreational games, physical activity and physical exercise. In addition, the profiles of the patients cared for by the professionals were people with mental disorders, drug addicts, patients with chronic kidney disease and patients with the potential to develop type 2 diabetes mellitus, to act with the specific demands of the patients. Furthermore, the potential was observed through the valuation of the actions developed by the PEP, encouraging patients to become physically more active. It is concluded that the PEP has strong potential to work in hospital environments, promoting the right to access PA.

Keywords: Physical Education Teacher; Physical Education Professional; PE; Hospital; Inpatients; Physical activity; Physical exercise; Promotion of Physical Activity.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Descrição dos resultados conforme autoria, ano de publicação, local de realização dos estudos, amostra, procedimentos, principais resultados e conclusão.19

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AF	- Atividade Física
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CFEF	- Conselho Federal de Educação Física
CREF	- Conselho Regional de Educação Física
DCNT	- Doença Crônica não Transmissível
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HAD	- Incapacidade Associada à Hospitalização
HD	- Hemodiálise
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PEF	- Profissional de Educação Física
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 JUSTIFICATIVA	5
1.1.1 OBJETIVO GERAL	5
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÍVEIS DE ATEN- ÇÃO EM SAÚDE	6
2.2 ATUAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR	8
2.3 DECLÍNIO FUNCIONAL DECORRENTE A HOSPITALIZAÇÃO	14
2.4 BARREIRAS PARA ATIVIDADE FÍSICA NO HOSPITAL.....	15
3. MÉTODO	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÃO	30
4. REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O Profissional de Educação Física (PEF), possui diversas possibilidades de atuação profissional devido a variabilidade de conteúdos que são ofertados nos cursos de graduação em educação física (BRUGNEROTTO, SIMÕES, 2009; NASCIMENTO, 2000). No setor da saúde, percebe-se uma maior participação dos PEF nas equipes multiprofissionais, atuando em locais como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), clínicas e hospitais, e também auxiliando no enfrentamento da pandemia da COVID-19 (LIMA, 2019; NATAL, 2021).

O reconhecimento da importância do PEF na área da saúde construiu-se por meio de mudanças na sociedade nas últimas décadas, impactando diretamente nos hábitos e estilo de vida das pessoas, devido aos benefícios não farmacológicos proporcionados pela atividade física (AF), agindo de maneira eficiente e eficaz para a promoção, proteção, prevenção e no tratamento de diversas patologias que afetam a saúde da população (LIMA, 2019; NAHAS, GARCIA, 2010). Esse reconhecimento foi fundamental para que atualmente os PEF tenham adquirido cada vez mais presença nas equipes interprofissionais e multiprofissionais que atuam na área da saúde (LIMA, 2019).

Assim, por meio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu o PEF como profissional da saúde (AZEVEDO et. al 2010), atuando na promoção e proteção à saúde, na prevenção de doenças e agravos, no tratamento, na reabilitação e na manutenção da saúde. Martins (2015) cita que a aprovação da Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, regulariza a profissão do PEF no Sistema CONFEF/CREFs, que tem como encargo atender as demandas sociais pertinentes às práticas de AF nas suas diversas manifestações, podendo intervir nos três níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária (MARTINS, 2015). Nessa perspectiva, os PEF também são incluídos para atuar em ambientes hospitalares. Contudo, a atuação do PEF nos hospitais ainda não era regulamentada oficialmente, mesmo com registros de atuação profissional do PEF em hospitais há pelo menos dezenove anos (CHAVES, 2017).

Nesse contexto, um importante marco para o PEF na área da saúde foi a criação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), hoje denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, e regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL,

2011). O NASF-AB caracteriza-se como estratégia de promoção da saúde e ampliação dos serviços de saúde, fornecendo resolutividade e abrangência das redes de serviço; é composto por equipes multidisciplinares, da qual sua composição é determinada por gestores municipais (BRASIL, 2017). No NASF-AB, os PEF fazem uso de práticas corporais e da AF como estratégias integradas na promoção da saúde para a população brasileira. Além do NASF-AB, a elaboração de diferentes programas de medicina preventiva no âmbito privado e público da saúde, facilitou o crescimento ainda maior da presença do PEF nas equipes interprofissionais (LIMA, 2019).

Há de se admitir que as possibilidades de atuação do PEF no contexto da saúde pública cresceram muito nos últimos anos. Com isso, outra possibilidade de inserção dos PEF na área da saúde são as residências multiprofissionais, criado pelo MS em conjunto com o Ministério da Educação, por meio da promulgação da Lei nº 11,129 de 2005, que visa a superação da lógica médico-curativista-biologicista (LOCH e FLORINDO, 2012). Na residência multiprofissional, as equipes são formadas por grupos de profissionais da área da saúde que integram seus conhecimentos e intervenções buscando fornecer assistência integralizadora aos indivíduos que sejam capazes de melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde (LOCH e FLORINDO, 2012). Assim, muitas instituições buscam ofertar vagas aos bacharéis em educação física nas residências multiprofissionais (LOCH e FLORINDO, 2012), pois a mesma tem viabilizado a inserção do PEF no cotidiano de hospitais de alta complexidade, pois durante a residência multiprofissional, os PEF vivenciam os três níveis de atenção à saúde e atuam de forma pactuada com outros profissionais da saúde (JÚNIOR, MENEGUCI e SASAKI, 2015). Entretanto, mesmo com a inserção dos PEF em hospitais de alta complexidade, ainda sua legitimação não era consolidada oficialmente (CHAVES, 2017).

Em busca da legitimação pela atuação profissional em hospitais, os PEF que atuam na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), junto com a Comissão de Atividade Física e Saúde do Conselho Federal de Educação Física (CFEF), elaboraram a Resolução nº 319, aprovada em 26 de agosto de 2020, que em seu art. 1º e art. 2º, define e reconhece oficialmente o PEF para atuar no âmbito hospitalar, trabalhando nos três níveis de atenção em saúde, abrangentes no SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) (CFEF, 2020).

O hospital em si, de acordo com Dias, Antunes e Arantes (2014), é uma das instituições concernentes ao processo saúde/doença que realiza atendimentos de média e alta complexidade, e inclui tratamento direto com o estado de doença das pessoas, sendo um campo importante de atuação do PEF (DIAS, ANTUNES e ARENTES, 2014). Segundo Seitz (2011) os hospitais na maior proporção não oferecem atividades prazerosas, de lazer ou de movimento para os pacientes (SEITZ, 2011). Sendo assim, o trabalho do PEF nesses contextos se justifica pela necessidade de atenção secundária e terciária dos pacientes hospitalizados, pois a AF pode retardar os efeitos da perda do condicionamento físico durante período do repouso, além de preparar o paciente para responder às demandas das atividades físicas diárias, após a alta (DIAS, ANTUNES e ARENTES, 2014).

Assim, no art. 3º da Resolução nº 319, reafirma as prerrogativas do PEF em ambientes hospitalares (CFEF, 2020);

“Coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, nas áreas de atividades físicas e do exercício físico, destinados a promoção, prevenção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação, tratamento e cuidados paliativos da saúde física e mental, na área específica ou de forma multiprofissional e/ou interdisciplinar.” (CFEF, 2020, p,400).

Diante dessa prerrogativa, o PEF possui diversas possibilidades de atuação em ambientes hospitalares. Em um estudo realizado por Dias, Antunes e Arantes (2014), com objetivo de analisar as expectativas de atuação dos PEF em hospitais, por meio da verificação documental de dez editais de concursos públicos brasileiros entre os anos de 2006 e 2012, foi constatado nos resultados da pesquisa que a convocação da atuação dos PEF foi, majoritariamente, voltada para o melhoramento da aptidão física e reabilitação dos pacientes, além da prescrição de ginástica laboral para funcionários. Ainda, os autores constataram que na maioria dos editais era necessário que o candidato à vaga teria de saber, de preferência, sobre aspectos fisiopatológicos e metabólicos, além de conhecimentos sobre importância da prática do exercício físico no tratamento das diversas doenças e agravos (DIAS, ANTUNES e ARANTES, 2014). No entanto, alguns editais também salientaram outros conhecimentos, visando saberes sobre a promoção, o cuidado integral e a educação em saúde, além de estratégias orientadas para a autonomia dos sujeitos, bem como o trabalho com as famílias e com a comunidade (DIAS, ANTUNES e ARANTES, 2014). Ademais, os autores também destacaram as possibilidades de atuação do PEF tanto no período

de internação quanto no período de pós-internação, trabalhando na reinserção social do paciente (DIAS, ANTUNES e ARANTES, 2014).

Em outro estudo realizado por Santos (2017) o potencial de ação dos PEF na área hospitalar foi reconhecido pelos diretores administrativos dos hospitais, e estes admitiram que o PEF possui competência para realizar ações que tangem diversos acometimentos em saúde, como a reabilitação de cardiopatas, vítimas de acidente vascular encefálico, pacientes oncológicos, atividades para gestantes, ala geriátrica, ginástica laboral para pacientes e colaboradores. Contudo, o autor cita que a presença do PEF é mais frequente quando se trata de recreação hospitalar e atenção a dependentes químicos (SANTOS, 2017).

Sobre as diferentes formas de atuação do PEF, Padovan e Schwartz (2009) mostram em seu estudo, uma ação desenvolvida pelos PEF no hospital envolvendo pacientes internados, por meio de aplicação das técnicas de recreação, que trouxe resultados positivos em relação à temporalidade e a espacialidade dos pacientes. Dessa forma, a recreação pode contribuir para estimular a criatividade dos pacientes envolvidos, por meio de ações mais espontâneas e prazerosas, rompendo com a rotina emocionalmente estressante, decorrente da doença (PADOVAN e SCHWARTZ, 2009).

Assim, a atuação do PEF nos hospitais é fundamental para proporcionar os benefícios da AF, além de reduzir o tempo de repouso, independentemente do período em que os pacientes permanecem hospitalizados, pois a maioria das internações são caracterizadas por longas horas de inatividade física (VALKENET et al., 2011). Desta maneira, o repouso ao leito e a inatividade física durante a fase de hospitalização estão associados ao declínio funcional da capacidade funcional do paciente (KLEIN, VALKENET e VEENHOF, 2019).

Frente a esse cenário de benefícios que o PEF proporciona em ambientes hospitalares, também é preciso compreender as possíveis barreiras que envolvem a realização da AF nessas instituições de alta complexidade.

Deste modo, os hospitais contêm diferentes barreiras que induzem negativamente a promoção da AF, sendo estas, barreiras com potenciais modificáveis, como o estado de saúde do paciente e uso de artefatos médicos por meio de cateteres urinários e tubulação intravenosa, por exemplo (BROWN et al., 2007; SOURDET et al., 2015).

A literatura tem evidenciado a relevância da inserção do PEF nos ambientes hospitalares, atuando como mediadores da promoção da AF, reduzindo o tempo de inatividade física dos pacientes, realizando diferentes ações, oportunizando múltiplos benefícios para os pacientes (DIAS, ANTUNES e ARANTES, 2014).

Nesse contexto, o presente estudo buscou por meio de uma revisão de literatura sistematizar informações sobre a atuação do PEF em hospitais.

1.1 JUSTIFICATIVA

O profissional de educação física possui diversas possibilidades de atuação, e nos últimos tempos cresce a demanda de trabalho na área da saúde, principalmente em equipes multiprofissionais, devido à dimensão de múltiplos benefícios provocados pela atividade física. Visto que a atuação dos profissionais de educação física não se limita apenas em atender clubes, academias e centros esportivos, é de extrema importância a identificação de espaços de atuação profissional, para que a população atingida possa usufruir do acesso a práticas corporais, independentemente do seu estado de saúde, possibilitando a aderência ao movimento e promovendo o autocuidado.

1.1.1 Objetivo geral

Este estudo de revisão tem como objetivo sistematizar a literatura sobre a atuação do profissional de educação física em hospitais.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as atividades desenvolvidas e as atribuições do profissional de educação física em hospitais.
- Verificar o perfil dos pacientes atendidos pelos profissionais de educação física em hospitais.
- Identificar os desafios e as potencialidades da atuação dos profissionais de educação física em hospitais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção inicialmente relata os marcos históricos sobre a atuação do PEF na área da saúde, considerando os três níveis de atenção em saúde (básica/primária, média e alta complexidade). Em seguida, será apresentado um breve histórico sobre a inserção e atuação do PEF em hospitais, bem como as atividades desenvolvidas. Seguidamente será exposto a importância da atuação do PEF para os possíveis desfechos funcionais decorrentes a hospitalização e a sua eficácia na redução da inatividade física durante a internação. Por último, será abordado nesse capítulo as facilidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano de atuação do PEF nos hospitais.

O intuito dessa seção foi ampliar os possíveis achados que os resultados desta investigação apresentarão (revisão sistemática), descrevendo marcos históricos da atuação do PEF em hospitais, bem como aspectos conceituais e regulamentações para um melhor entendimento da temática.

2.1 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Nos últimos 60 anos, ocorreram longos processos de transformações demográficas, socioeconômicas, tecnológicas e epidemiológicas, gerando mudanças expressivas na vida das populações dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento (AZEVEDO et al., 2010). Antes, os impasses de saúde pública eram relacionados com problemas sanitários, frisando no controle e combate das doenças infectocontagiosas (CAMPOS, 2007). Atualmente, os agravos de saúde estão diretamente associados ao estilo de vida das pessoas e hábitos sociais, provocando assim, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (AZEVEDO et al., 2010), tornando-as mais frequentes causas de mortalidade, encarregadas por manifestações de doenças cardíacas, respiratórias, diabetes, hipertensão arterial e alguns tipos de câncer.

Sabendo que as DCNT estão associadas aos fatores de risco modificáveis do estilo de vida das pessoas, como a inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e o consumo de bebidas alcoólicas, o Ministério da Saúde (MS) aponta que as práticas frequentes de AF são estratégias de promoção da saúde no SUS, potencializando a prevenção das DCNT e proporcionando melhorias significativas na qualidade de vida da população (BRASIL, 2011; GINALDO et al., 2013). Para poder ampliar

e melhorar as condições de saúde da população brasileira, em todos seus aspectos, foi necessário formular novas estratégias e ações de atenção à saúde, englobando diversas categorias profissionais, incluindo o PEF.

Uma dessas estratégias foi a criação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), hoje denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, e regulamentado pela Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2017). O NASF-AB configura-se como estratégia de promoção da saúde e ampliação dos serviços de saúde; é composto por equipes multidisciplinares, cuja composição é definida por gestores municipais (BRASIL, 2018). As equipes dos NASF-AB podem ser formadas por uma lista de 19 diferentes profissionais, entre eles: fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, PEF, dentre outros, atuando não somente em nível primário de saúde, como também nos níveis de atenção secundário e terciário (BRASIL, 2018).

Em nível de atenção primária, o PEF atua desenvolvendo práticas corporais, AF e ações de aconselhamento para AF, de maneira individual ou coletiva, que auxiliam nos benefícios afetivos e cognitivos, bem como nos domínios motores, gerando uma melhora na qualidade de vida (SILVA, 2010). Assim, o aconselhamento para AF é uma ferramenta simples e gratuita capaz de atingir grande parcela da população com o objetivo de incentivar a prática de AF (SOUZA, 2018). Nos estudos de Santos e col. (2015) umas das maneiras utilizadas para promover AF no SUS é por meio do aconselhamento. As ações de aconselhamento são construídas de acordo com a realidade contextual, levando em conta as características sociais, culturais e econômicas dos habitantes locais (SCABAR, PELICIONI e PELICIONI, 2012).

Em secundário, o PEF atua realizando ações com a intenção de reduzir o predomínio de uma doença numa população, diminuindo sua continuidade e duração, contribuindo para o diagnóstico precoce e intervenção imediata (AZEVEDO et al., 2010). Dessa forma, o PEF faz parte da equipe multiprofissional e trabalha de forma conjunta e pactuada com os profissionais da saúde, buscando reconhecer o cotidiano do hospital, clínica ou UBS (AZEVEDO et al., 2010). Ainda que a inserção do PEF nos hospitais não seja tão frequente, é fundamental a elaboração de referencial teórico-prático de atuação para poder viabilizar, promover e sustentar os serviços dos PEF neste nível (JÚNIOR, MENEGUCI e SASAKI, 2015).

Desse modo, o PEF tem forte potencial para atuar nas instituições hospitalares, obtendo uma gama de especialidades para serem trabalhadas dentro deste âmbito, como programas de reabilitação, englobando aspectos físicos, esportivos e mentais, AF para gestantes, ginástica laboral, dança hospitalar, educação física geriátrica, bem como na engenharia biomecânica e farmacologia da AF (JÚNIOR, MENEGUCI e SASAKI, 2015). Assim, o profissional deverá ser capaz de realizar avaliações, planejamentos e desenvolver ações e programas de AF direcionadas às condições especiais de saúde, tais como; obesidade, diabetes, hipertensão, artrite, dentre outros (AZEVEDO et al., 2010).

Na atenção terciária, o PEF atua em hospitais de alta complexidade, sendo responsável por elaborar programas de reabilitação cardíaca nas fases II, III e IV, incluindo programas de treinamento personalizado para pacientes com deficiências funcionais (JÚNIOR, MENEGUCI e SASAKI, 2015). Entretanto, para esse nível também se busca trabalhar nas perspectivas da promoção da saúde, envolvendo a integralidade do cuidado e não somente os aspectos biológicos. Além disso, alguns hospitais de alta complexidade procuram proporcionar ações de bem estar para as crianças hospitalizadas, por meio de projetos terapêuticos como a terapia do riso, a brinquedoteca e a recreação hospitalar (OLIVEIRA et al., 2012).

As possibilidades de atuação do PEF nos três níveis de atenção à saúde foram apresentadas, no intuito de enfatizar sobre a importância de desenvolver ações voltadas para todos os níveis de atenção à saúde, principalmente, no ambiente hospitalar, tema central deste estudo.

2.2 ATUAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital é uma das instituições referentes ao processo saúde/doença que preconiza atendimentos de média e alta complexidade e inclui, prioritariamente, tratamento direto com o estado de doença das pessoas (DIAS, ANTUNES, ARANTES, 2014). O ambiente hospitalar, segundo o MS, é um espaço destinado à prestação de assistência médica hospitalar em regime de internação (BRASIL, 2004).

Desde sua criação, ocorreram mudanças significativas nos hospitais em relação à sua finalidade, objetivos e estruturas. Segundo Foucault (1980), esses locais eram espaços de caridade, com funções de acolher e dar abrigo, alimentação e assistência religiosa para os indivíduos vulneráveis, pobres, mendigos, desabrigados e

doentes na Idade Média, até sua evolução para tratamentos terapêuticos no século XVIII, que passou a ser utilizado como local de excelência de prática médica (FOCAULT, 1980). Hoje, os hospitais buscam novos modelos de tratamento que correspondem às modificações de pensamentos e comportamentos da sociedade, pautados pelas ideias de humanização, centralizando a atenção no indivíduo e não mais na doença, com foco na integralidade do cuidado, promovendo assistência de forma integral, cessando com os tradicionais modelos hospitalocêntricos e biomédicos (XAVIER et al., 2013; DIAS, ANTUNES, ARANTES, 2014).

Com a criação da Carta de Ottawa em 1986, assuntos envolvendo a promoção da saúde no ambiente hospitalar vêm crescendo no âmbito internacional. Destaca-se como iniciativa a Organização Mundial da Saúde, que dispõe de um Centro de Colaboradores para a promoção da saúde, construindo uma rede internacional, nacional e regional de hospitais e serviços de saúde na Europa, dentre outros continentes (BRASIL, 2002). Portanto, o Centro de Colaboradores tem como missão incentivar o desenvolvimento de hospitais e outras instituições de saúde para se tornarem promotores de saúde, e que devem-se constituir em locais do cuidado em saúde, ampliando o olhar em saúde, participando do empoderamento da pessoa hospitalizada, para que essa se torne agente de sua própria saúde, além da construção de vínculos com a comunidade (WHO, 2006; WHO, 2008; WHO, 2010). Para Börjesson (2013) o ambiente hospitalar é a peça complementar que fortifica alcançar o objetivo de estabelecer a AF como uma modalidade de intervenção regular nos tratamentos associados ao estilo de vida das pessoas (BORJESSON, 2013).

O estudo conduzido por Chaves (2017) apresenta as atividades realizadas pelo PEF no ambiente hospitalar, os públicos atendidos por eles, as dificuldades e facilidades (QUADRO 1) (CHAVES, 2017).

QUADRO 1: EXERCÍCIO HOSPITALAR E INTERFACES, SUBCATEGORIAS E SEUS RESPECTIVOS NÚCLEOS DE SENTIDO. FORTALEZA/CE. 2017.

SUBCATEGORIAS	NÚCLEO DE SENTIDO
PRÁTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades realizadas • Ações promovidas • Orientações proporcionadas
DIFICULDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento profissional • Formulações das intervenções • Inflexibilidade de horários
FACILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho interdisciplinar • Suporte material e estrutural • Valorização das práticas

FONTE: CHAVES (2017)

Conforme destacado no estudo de Chaves (2017), as atividades realizadas já eram corriqueiras em diversos ambientes de atuação do PEF, tais como; relaxamento, musculação, atividades esportivas com bola, práticas lúdicas e recreação, contudo foram adaptadas conforme a especificidade do público atendido em ambientes hospitalares no intuito de proporcionar benefícios aos pacientes (CHAVES, 2017). O autor ressalta que a atualização dos conhecimentos faz parte da jornada de trabalho desses profissionais, por meio de grupos interdisciplinares de estudos e aulas informativas para os pacientes (CHAVES, 2017).

Com relação às dificuldades, Chaves (2017) expõe a falta de conhecimento por parte de outros profissionais sobre a atuação do PEF (CHAVES, 2017). Uma das estratégias para superar essa barreira é por meio do trabalho interdisciplinar, utilizado para promover a integração dos profissionais, a fim de reconhecer a importância do papel de cada profissional inserido na equipe, adquirindo conhecimentos que envolvem as competências de outros profissionais (MENEZES, SILVA, DRIGO, 2011).

Até o momento percebe-se a importância do PEF inserido em ambientes hospitalares e suas diferentes formas de atuação dentro desse âmbito. A Resolução nº 391 de 26 de agosto de 2020, que reconhece oficialmente o PEF como capaz de atuar em contextos hospitalares, mostra em sua seção II as áreas de atuação do PEF nesse meio, conforme quadro 2 (CFEF, 2020).

QUADRO 2 - SEÇÃO II, ÁREAS DE ATUAÇÃO – RESOLUÇÃO Nº391/2020.

ÁREAS DE ATUAÇÃO	
Art. 5º -	O Profissional de Educação Física poderá atuar em toda e qualquer área hospitalar da atenção à saúde, às quais se reconhecem os benefícios da atividade física e do exercício físico.
Art. 6º -	A atuação do Profissional de Educação Física no contexto hospitalar pode ser desenvolvida nas áreas de "Atenção intra-hospitalar" e "Atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital".
§ 1º -	A área de atuação "Atenção intra-hospitalar" compreende o planejamento e execução da intervenção do profissional de atenção à saúde, incluído o Profissional de Educação Física, junto aos pacientes, familiares, acompanhantes, trabalhadores e gestores, nas alas administrativas, ambulatoriais e de internação, em diferentes contextos.
§ 2º -	A área de atuação "Atenção extra-hospitalar oferecida por hospital" compreende a atuação do profissional de atenção à saúde, incluído o Profissional de Educação Física, em visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar e na rede assistencial de suporte em saúde, quando realizados por equipe hospitalar.
Art. 7º -	A atuação do Profissional de Educação Física se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento humano, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, com atendimento em instituições filantrópicas, comunitárias, militares, públicas, privadas, entre outras.

FONTE: CFEF (2020)

A Resolução nº 391, em sua seção I, também apresenta as competências e atribuições necessárias para o PEF no contexto hospitalar, conforme quadro 3 (CFEF, 2020).

QUADRO 3 – SEÇÃO I - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES - RESOLUÇÃO Nº391/2020.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES	
I-	Exercer atividades por meio de intervenções, legitimadas por diagnósticos, utilizando métodos e técnicas específicas de consulta, de avaliação, de prescrição e de orientação de sessões de exercícios físicos e atividades físicas com objetivo de promoção da saúde, bem como prevenção, controle, recuperação e tratamento das doenças, lesões e seus agravos;

II-	Avaliar, coletar dados, reunir elementos, interpretar informações e exames, considerar fatores de risco, definir indicações e contraindicações relativas e absolutas para a prática de atividades físicas e exercícios físicos objetivando fundamentar a decisão sobre o método, tipo, duração, frequência, intensidade de exercício e demais procedimentos a serem adotados na prescrição e controle da intervenção, incluindo critérios de interrupção;
III-	Conhecer, aplicar e interpretar testes de laboratório e de campo, protocolos de avaliação física, medidas antropométricas e questionários, bem como reconhecer suas indicações e contraindicações, incluindo o preparo do usuário e mecanismos de funcionamento de métodos, técnicas e equipamentos, suas limitações e indicações de interrupção dos testes;
IV-	Solicitar, quando assim julgar necessário, exames complementares e/ou interconsultas para avaliação médica especializada e consultas compartilhadas com outros Profissionais de Saúde, objetivando identificar restrições e estabelecer linhas de orientação para a apropriada definição de conduta, prescrição e monitoramento de exercícios físicos;
V-	Prescrever e adaptar o tipo, a intensidade, a frequência e duração da sessão de exercícios físicos de acordo com as condições do usuário/grupo, considerando não somente o seu estado de saúde, fatores de risco ou de proteção, mas também as suas capacidades físicas, limitações individuais, objetivos pessoais e preferências, de modo a otimizar os benefícios e a adesão à prática regular da atividade física;
VI-	Mensurar e interpretar respostas hemodinâmicas, ventilatórias e metabólicas, bem como identificar os sinais e sintomas advindos da prática de atividades físicas/exercícios físicos associada a interações medicamentosas;
VII-	Aplicar métodos e técnicas psicomotoras diversas, orientar e ministrar exercícios físicos, para promover, otimizar, reabilitar e aprimorar o funcionamento fisiológico, o condicionamento e o desempenho físico corporal, e buscar, por meio da atividade física, a autonomia, o autocuidado, o bem-estar, o estilo de vida ativo, a educação, a prevenção de doenças, a compensação de distúrbios funcionais, o restabelecimento de capacidades físicas, a autoestima e a manutenção das boas condições de vida e da saúde;
VIII-	Propor, realizar, interpretar, elaborar e emitir laudos, declarações, pareceres, relatórios, diretrizes, consensos e recomendações, quando indicados para fins diagnósticos e terapêuticos;
XI-	Promover estilos de vida saudáveis às necessidades de indivíduos e grupos, atuando como agente de educação em saúde e de transformação social;

X-	Utilizar fichas de controle, ou equivalentes, para registrar as informações sobre dados clínicos e pessoais, hábitos de vida, uso de medicamentos ou tratamento médico específico, limitações, condições físicas e mentais, comorbidades, sinais e sintomas, barreiras e facilitadores, bem como o programa desenvolvido pelo usuário e posteriormente relatar as informações referentes às atividades assistenciais em prontuário, observando o rol de procedimentos constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP);
XI-	Avaliar e determinar as condições e os critérios para possíveis encaminhamentos para atendimento geral, especialidades e/ou alta ambulatorial/hospitalar, individualmente ou em conjunto com outros Profissionais de Saúde envolvidos no processo;
XII-	Desenvolver estudos, pesquisas e investigação científica, na área específica, de forma multiprofissional e/ou interdisciplinar, com a finalidade de fomentar a prática baseada em evidências, bem como estratégias de intervenção custo-efetividade na área da atividade física e do exercício físico;
XIII-	Realizar mapeamento de dados nas altas hospitalares, com análises e investigações das causas e consequências, relacionadas a atividade física, da origem externa das doenças;
XIV-	Identificar, planejar, programar, organizar, dirigir, coordenar, supervisionar, desenvolver e avaliar ações de natureza técnico-pedagógicas, na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, por meio de atividades de coordenação, orientação, supervisão, tutoria e preceptoria de alunos de graduação e pós-graduação e em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, bem como pela participação e promoção de ações de Educação Permanente em Saúde;
XV-	Exercer a responsabilidade técnica do Profissional de Educação Física, respeitando o previsto nas normas e regulamentações expedidas pelo Sistema CONFEF/CREFs;
XVI-	Atuar em consultorias, auditorias e assessorias na área específica de educação física de forma isolada, multiprofissional e/ou interdisciplinar, bem como participar de órgãos gestores e da gerência de áreas técnicas/administrativas, segundo critérios éticos e científicos;
XVII-	Analisar, descrever e recomendar condições de infraestrutura e materiais, permanentes e de consumo, para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde de forma segura e eficaz, segundo os preceitos das boas práticas;
XVIII-	Atuar e contribuir de forma efetiva para a qualidade do trabalho individual e em equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar, em conformidade com o Código de Ética Profissional, sem renunciar a sua autonomia técnico-científica.

FONTE: CFEF (2020)

Com relação às competências exigidas para atuação do PEF apresentadas na Resolução nº 391, seção I (CFEF, 2020), o estudo de Chaves (2017) mostra algumas competências relacionados aos conhecimentos aprofundados citadas pelos próprios PEF que envolvem as competências descritas na seção I; (CHAVES, 2017; CFEF, 2020).

“Conhecimentos sobre os diagnósticos e suas repercussões. (P4). Habilidade com avaliação física e utilização de protocolos direcionados ao público hospitalar; conhecimento sobre morbididades e as formas de intervenção. (P2). [...] conhecimento das patologias atendidas, bem como em reabilitação[...]. (P1). Base neurológica para compreensão do déficit motor, cognitivo e aspectos do humor. (P3). Humanização em primeiro lugar. Não existe o melhor profissional se esse não consegue acessar o paciente da melhor forma(...). (P5). (CHAVES, 2017, p 37)”.

Diante das competências apresentadas pela Resolução nº 391 na seção I (CFEF, 2020), e de acordo com o estudo de Chaves (2017), o PEF deve atuar por meio de metodologias pautadas no cuidado humanizado (CHAVES, 2017; CFEF, 2020).

O atendimento humanizado tem sido potencializado no rol de assistência à saúde, no intuito de aplicar os princípios da integralidade e equidade, promovendo dignidade aos pacientes que necessitam dos serviços de saúde (CASATE, CORREA, 2005; DESLANDES, 2004). Dentro dos hospitais, desde os anos 90 é trabalhada a ideia de humanização como política pública e atualmente, essa mesma linha de trabalho vem se expandindo em todos os níveis de atenção à saúde (FORTES, 2004).

Contudo, o processo de humanização constitui-se como desafio para a educação física, à medida em que deixa de priorizar a dimensão física e biológica, e passa a considerar o sujeito e a subjetividade (CARAVALHO, 2006).

2.3 DECLÍNIO FUNCIONAL DECORRENTE DA HOSPITALIZAÇÃO

O declínio funcional decorrente da hospitalização é denominado Incapacidade Associada à Hospitalização (HAD) (KLEIN, VALKENET e VEENHOF, 2019). As HADs são caracterizadas como acréscimo da doença que induziu o indivíduo a ser internado, apresentando fatores inibidores no processo de recuperação de muitos pacientes (PIERLUISSI, FRANCIS e COVINSKY, 2014). Esse fator resulta na diminuição das

capacidades funcionais básicas da vida diária, como caminhar, comer, sentar, etc. (COVINSKY, PIERLUISSI e JOHNSTON, 2011). O estudo de Sourd et al. (2015) mostra que o aumento da quantidade de AF no período de hospitalização pode impedir o acometimento das HADs (SOURDET et al., 2015).

Segundo Boyd, et al., (2009), o declínio funcional é o resultado da hospitalização por eventos agudos, com desfechos a curto prazo tanto para os doentes quanto às famílias, causando impacto na realização de atividades de vida cotidiana (BOYD et al., 2009). De acordo com Lafont et al., (2011), alguns fatores de risco para o declínio funcional relacionado com a hospitalização são: fatores demográficos, estado cognitivo e psicológico, estado funcional antes da hospitalização, fatores sociais, comorbidade e polimedicação, mobilidade, estado nutricional, déficits sensoriais e síndromes geriátricas (LAFONT et al., 2011).

Ainda sobre as condições de risco para a HADs, em outro estudo Peron et al., (2011), cita os diversos fatores de risco que promovem o declínio do estado funcional, que incluem a idade avançada, tais como a, redução da AF, falta de autopercepção de saúde, presença de comorbidades, hábitos de vida, inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool e o uso de medicamentos (PERON et al., 2011).

Assim, nota-se a importância da atuação do PEF em ambientes hospitalares, pois o mesmo poderá elaborar estratégias e ações que diminuirão o tempo de inatividade física e repouso dos pacientes, além de realizar diversas ações de promoção de saúde. Em um estudo realizado por Silva (2010), os benefícios da AF nas instituições hospitalares são reforçados, pois além de trabalhar a autoestima do paciente, estimulam a redução do stress, diminuindo o tempo inativo do período de internação, e auxilia no fortalecimento do estado físico e psicológico do paciente. Ademais, possibilita o paciente a ter consciência da importância da prática de AF como estratégia eficaz para a melhora da própria saúde (SILVA, 2010).

2.4 BARREIRAS E FACILITADORES PARA ATIVIDADE FÍSICA NO HOSPITAL

Os hospitais contêm várias barreiras que afetam negativamente a promoção da AF, desde a falta de reconhecimento profissional no trabalho interdisciplinar, bem como os desafios em propor ações para os diversos perfis de pacientes, a inflexibilidade de horários e dedicação exclusiva, bem como barreiras potencialmente modificáveis, como o estado de saúde do paciente e uso de artefatos médicos por meio de

cateteres urinários e tubulação intravenosa, por exemplo (BROWN et al., 2007; SOURDET et al., 2015; CHAVES, 2017).

No estudo realizado por Brown et al. (2007) foram identificadas diversas barreiras envolvendo a mobilidade de pacientes durante a fase de internação hospitalar, sendo estas: sintomas (97%), principalmente fraqueza (59%), dor (55%) e fadiga (34%); tubulação intravenosa (69%), cateter urinário (59%) e preocupação com quedas (79%), falta de profissional para auxiliar os pacientes fora do leito (20%), sendo enfermeiros (70%) e médicos (67%) (BROWN et al., 2007). Outro estudo associado às barreiras da AF em pacientes hospitalizados mostrou que os mesmos passavam a maior parte do tempo deitados na cama (KOENDERS et al., 2019). Outro fator associado com as barreiras são as crenças e sentimento de insegurança em relação à AF durante a internação, causando sensações de incerteza quanto à eficácia da AF, gerando pensamentos que a AF pode ser prejudicial durante o período de hospitalização (KOENDERS et al., 2019).

Outra barreira que dificulta a AF ou o aconselhamento para a AF, são as grandes demandas de trabalho que os profissionais da saúde possuem. No estudo de Klein, Valkenet e Venhof (2019), foi evidenciado que os profissionais de saúde dificilmente possuem disponibilidade para ajudar os pacientes em AF, como realizar pequenas caminhadas pelos corredores ou até mesmo em estimulá-los a serem mais ativos fisicamente. No mesmo estudo, os autores relatam que os enfermeiros priorizam mais a distribuição de medicamentos e o repasse de informações pertinentes sobre as cirurgias e tratamentos dos pacientes, do que sobre a AF (KLEIN, VALKENET e VENHOF, 2019). Assim, podemos reafirmar a necessidade da atuação do PEF nessas instituições, diminuindo a sobrecarga de trabalho das outras categorias profissionais de saúde e fornecendo o conhecimento concreto dos benefícios da AF, especificamente dos saberes exclusivos da educação física, tanto para os pacientes quanto para a sua equipe de trabalho, fortalecendo a promoção da AF (VALKENET e VENHOF, 2019).

Vale ressaltar que o aconselhamento oferecido pelo médico pode ser positivo na mudança de comportamento da população, contudo, as informações fornecidas aos pacientes acabam sendo rasas e pouco eficientes, com queda na qualidade sobre recomendações referentes à frequência semanal, intensidade e tempo de duração entre as sessões, podendo dificultar a adesão à prática (FERREIRA et al.,

2013). Lima (2019) cita que a formação acadêmica da maioria dos profissionais atuantes nos serviços de saúde ocorreu baseada na visão centrada na atenção de cura das doenças, de forma biomédica, que visava somente o aspecto biológico humano, e não olhando para o indivíduo como um todo, levando em consideração aspectos sociais, culturais e psicológicos (LIMA, 2019). Essa formação ultrapassada dificulta o exercício da integralidade, o trabalho interdisciplinar e o desenvolvimento das ações propostas com a participação de outras categorias profissionais composta pelo SUS (LIMA, 2019).

Em relação aos aspectos facilitadores, no estudo realizado por Chaves (2017) são destacados diversos fatores positivos, dentre eles destaca-se a valorização do paciente às atividades aplicadas, a troca de conhecimentos entre os profissionais fortalecendo a atuação multiprofissional, e os espaços de infraestrutura de qualidade para realização das ações (CHAVES, 2017);

“Nossas atividades, em geral, são valorizadas pelos pacientes: surpreendem-se, lembranças positivas, etc. (P3). A possibilidade de ter contato com o paciente no momento de sua reabilitação, traz maiores possibilidades de garantir maior evolução do quadro e ainda garantir o seu espaço em todo esse processo. (P5). A disponibilidade de uma estrutura de qualidade presente no hospital de reabilitação para o desenvolvimento de práticas físicas. (P4). (...) material disponível. (P1)”. (CHAVES, 2017, p 35).

Nota-se que o trabalho interdisciplinar é visto sob duas perspectivas, uma proveitosa enquanto a oportunidade do trabalho pactuado com outros profissionais da equipe, que leva a um melhor cuidado na assistência à saúde, e por outro lado visto como barreira quando relacionado à hierarquização das profissões, o que vem sendo combatido pelas práticas multiprofissionais (DIAS; ANTUNES; ARANTES, 2014).

3. MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como revisão sistemática da literatura, que segundo Sampaio e Mancini (2007), é uma maneira de pesquisar fazendo o uso da literatura como matriz para o desfecho de uma problemática (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

Para a coleta de dados foram utilizados artigos originais, teses e dissertações, em língua portuguesa ou inglesa, publicados entre 01 de janeiro de 2000 e março/abril de 2021, disponíveis nas bases de dados PubMed, SciELO, Bireme e Catálogo de Teses e Dissertações CAPES. Também foi efetuada uma pesquisa manual nas listas de referências dos estudos identificados e selecionados.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a julho de 2021. Para seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios: estudos que abordassem a atuação do PEF nos hospitais; estudos que envolvessem a AF em pacientes internados em hospitais; estudos que envolvessem a promoção da AF em pacientes internados; estudos realizados em nível mundial e estudos ofertados na íntegra e de livre acesso pelo Portal de Periódicos da CAPES. Foram excluídos; estudos que envolviam animais; estudos que abordassem a promoção da AF ou AF sem a presença do PEF; estudos sobre professor de educação física escolar; estudos sobre professor de educação física escolar nos hospitais e estudos de anais de congressos, cartas, editoriais, resenhas e relatórios, artigos de opinião e outros demais estudos que não correspondiam à questão norteadora da pesquisa.

Os descritores utilizados foram: professor de educação física, profissional de educação física, educação física, hospital, pacientes internados, atividade física, exercício físico e promoção da atividade física. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para os cruzamentos: (hospital*) AND (("educação física") AND (profissional de educação física)); "educação física" AND hospital*; hospital* AND "pacientes internados" AND "atividade física" OR "exercício físico" OR "promoção da atividade física" AND "educação física" OR "professor de educação física". Os descritores em inglês foram utilizados: physical education teacher, physical education professional, physical education, hospital, hospitalized patients, physical activity, physical exercise e promotion of physical activity, combinados pelos booleanos AND e OR nos seguintes cruzamentos: (hospital*) AND ("physical education") AND (physical education professional)); "physical education" AND hospital*; hospital* AND inpatients AND "physical

activity” OR “physical exercise” OR “promotion of physical activity” AND “physical education” OR “physical education teacher”.

Após a busca nas bases de dados, os resultados foram exportados para o gerenciador de referências Mendeley, e em seguida exportados para o aplicativo Rayyan (<https://rayyan.qcri.org>), no qual aconteceu o processo de seleção dos estudos. Inicialmente, foi efetuada a leitura dos títulos, em seguida, a leitura dos resumos. Os estudos que atenderam os critérios de inclusão foram lidos na íntegra. Posteriormente, foram analisadas as listas de referências dos estudos incluídos.

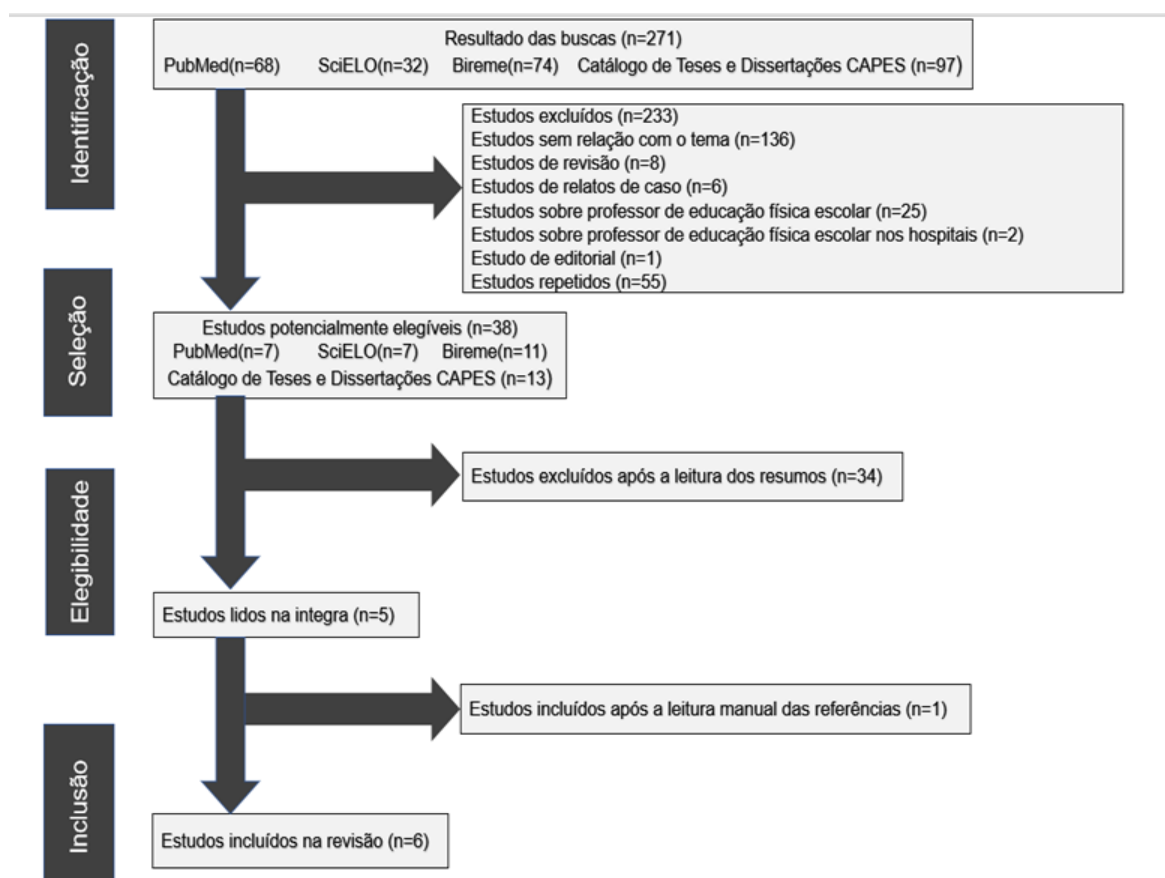
A extração dos dados ocorreu por meio de planilha Excel contendo as seguintes informações: autoria, ano de publicação, local de realização do estudo, a amostra, método e instrumentos utilizados, principais resultados e conclusões dos estudos.

Os dados foram analisados descritivamente.

4. RESULTADOS

Após consulta às bases de dados, do total de 271 estudos, 266 foram excluídos (duplicação e por não atenderem os critérios de elegibilidade), permanecendo apenas cinco estudos (Figura 1). Um estudo foi incluído por meio da busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados. A presente revisão foi composta, portanto, de seis estudos (Figura 1).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.



FONTE: A autora (2021).

A tabela 1 mostra a descrição dos resultados conforme autoria, ano de publicação, local de realização do estudo, amostra, método e instrumentos utilizados, principais resultados e conclusões do artigo.

TABELA 1. Descrição dos resultados conforme autoria, ano de publicação, local de realização do estudo, amostra, procedimentos, principais resultados e conclusão.

Autor (ano)	Local de realização do estudo	Amostra	Procedimentos	Principais resultados	Principais conclusões
Montenegro et al., (2019)	Hospital Israelita Albert Einstein-São Paulo.	129 indivíduos submetidos ao Check-up preventivo de saúde no Hospital Albert Einstein Israelita, e que estavam com alto e muito alto risco de desenvolver DM2.	Foram aplicados dois questionários, sendo eles: FINDRISC (Pontuação de risco de diabetes finlandês) e o IPAQ (Questionador Internacional de Atividade Física). Os indivíduos foram acompanhados por 24 semanas pelo PEF por meio de e-mails durante 6 meses. O IPAQ foi enviado por e-mail após 3 e 6 meses de acompanhamento.	Os resultados mostraram que no início dos acompanhamentos 80,3% dos indivíduos não cumpriram a recomendação semanal de AF e foram classificados como sedentários e insuficientemente ativo. Houve um aumento significativo da AF dos indivíduos classificados como ativos e muito ativo após 3 meses de acompanhamento por e-mail. No final do seguimento, a intervenção motivacional por e-mail encorajou 74,2% indivíduos a cumprirem a recomendação semanal de AF.	O acompanhamento realizado por e-mails periódicos e personalizados mostrou-se eficaz na promoção da atividade física entre pessoas em risco de desenvolver doenças metabólicas.
Marchesan; Rombaldi (2012)	Clínica Renal do Hospital Santa Lúcia na cidade de Cruz Alta – RS.	72 pacientes na unidade de hemodiálise (HD).	O estudo foi realizado por meio do programa de exercício físico para pacientes renais durante as sessões de HD. Foram utilizados exercícios de	O estudo mostrou que o programa de exercícios físicos trouxe benefícios para a reabilitação dos pacientes. Foram identificados nos testes	A inserção do PEF na unidade renal proporcionou benefícios para os pacientes, trazendo efeitos positivos na qualidade de vida. Também contribuiu para o desenvolvimento de

			alongamento antes e após a HD, exercício aeróbico com bicicleta estacionária adaptada e exercícios de RML utilizando caneleiras e halteres. Foram feitos testes físicos para obter a eficiência dos exercícios e entrevista com os pacientes.	físicos a melhoria da aptidão física e da qualidade de vida, relatados por meio das entrevistas.	pesquisas, bem como viabilizou aos alunos do curso de educação física a vivência hospitalar.
Takeda (2005)	Hospital-Dia – São Paulo.	10 pacientes participaram do Grupo de AF, pessoas adultas de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias, níveis socioeconômico, cultural e condições físico-motora.	As atividades foram realizadas 2 vezes na semana, sendo compostas por aquecimentos, atividades em si, relaxamento e avaliação, objetivando avaliar os aspectos físicos, sociais e cognitivos.	As AF programadas estimularam o desenvolvimento dos participantes nos domínios motor, afetivo-social e cognitivo. Os pacientes demonstraram esforço para participar das atividades, assim, todas as tentativas de participação foram valorizadas.	75% dos pacientes participaram das atividades propostas. A AF trouxe benefícios aos aspectos motor, afetivos- social e cognitivo.
Pires (2014)	Unidade de Adição Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.	40 pacientes internados por uso de múltiplas drogas.	Estudo de caso utilizando o diário de campo como instrumento de pesquisa e coleta de dados. As atividades aplicadas eram por meio de oficinas terapêuticas, incluindo AF e utilização da sala de musculação.	Nas observações em grupo ou nas entrevistas individuais a atividade mais significativa foi na sala de musculação. Atribuindo benefícios da prática dos exercícios físicos como: alívio de tensões, ansiedade e fissura, sensação de bem estar, prazer, aumento da autoestima, disposição durante e após a sessão, bem como manter-se na internação e revelando o desejo de dar seguimento no pós-alta.	Por meio das atividades desenvolvidas, principalmente da utilização do exercício físico beneficiou aos pacientes sensações prazerosas das potencialidades do corpo, que contribui para que os mesmos pudessem dar sentido a prática, a criação de vínculos afetivos e a resignificação de vários aspectos da vida pessoal.

Santos (2016)	Hospital Psiquiátrico São Pedro – Porto Alegre.	Pacientes com transtornos mentais em estado de internação	Análise documental e diário de campo por meio do relato de experiência. Aos pacientes eram ofertadas diversas oficinas terapêuticas e prática de AF.	Os pacientes sempre agraçavam ansiosos para a prática de AF, pois nelas continham diversas atividades com o objetivo de trabalhar as interações sociais. Também oportunizou a superação do senso comum do “medo do louco” que os estagiários de educação física tinham com pacientes.	Apesar das práticas de AF serem benéficas para os pacientes, a autora conclui que o hospital tem forte laços com o modelo manicomial e que as atividades estão centradas na ocupação da ociosidade dos pacientes, não havendo estimulações afetivas, sociais e cognitivas.
Machado (2019)	Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação – Campinas.	Pacientes com sequelas de AVE maiores de 18 anos em estado de internação.	Pesquisa descritiva com o método de estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foram ofertadas diversas atividades, tais como: caminhada, natação, hidroginástica, tênis de mesa, etc. Dependendo da AF escolhida, frequência poderia ser de 1 a 2 vezes por semana, por no máximo 60 minutos.	Caminhada, bicicleta, esteira, musculação, natação, hidroginástica, tênis de mesa, polybat e bocha atenderam aos propósitos da reabilitação e consideraram os limites e potencialidades dos pacientes. A variedade de opções que a AF adaptada proporcionou aos pacientes o direito ao acesso às práticas de AF, que fora do ambiente da reabilitação, tais atividades são pouco ofertadas para pessoas vítimas de AVE.	Espera-se que os profissionais busquem acima de tudo a disponibilidade em olhar para o potencial de cada paciente, além de usar a criatividade no sentido de manter estes pacientes sempre ativos e pertencentes desta sociedade tão desigual e discriminativa. discussões interdisciplinares.

Conforme a tabela 1, foi observado que as atividades desenvolvidas envolviam ações de promoção da saúde e prevenção do diabetes mellitus tipo 2, programas de exercício físico para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, reabilitação de vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), atividades terapêuticas, práticas corporais e de recreação para pacientes com transtornos mentais programas de atividades para dependentes químicos.

Além disso, a tabela 1 mostra que as atividades desenvolvidas eram aplicadas por meio de práticas corporais, AF, jogos cooperativos e exercício físico, ocorrendo a maioria, em média de três vezes por semana.

Em relação ao perfil foi verificado que os pacientes possuíam, transtornos mentais, dependência química, doença renal crônica e possível potencial para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 (Tabela 1).

As dificuldades mais recorrentes foram em torno da falta de uma formação qualificada para a atuação do PEF em hospitais.

Na tabela 1 são mostradas as dificuldades encontradas em torno de uma instituição hospitalar ainda pautada nos modelos manicomiais, dificultado as atividades que estimulam os aspectos afetivos, cognitivos e sociais.

As potencialidades indicadas nos estudos envolveram a participação efetiva dos pacientes nas atividades desenvolvidas pelos PEF, além da melhora na qualidade de vida em vários aspectos, tanto físico quanto cognitivo, afetivo e social, que contribuiu para que o PEF encorajasse os pacientes a se tornarem mais ativos fisicamente (Tabela 1).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo sistematizar a literatura sobre a atuação do PEF em hospitais. Seis estudos que continham a inserção do PEF nesses ambientes foram incluídos, sendo observados as atividades desenvolvidas por meio de ações de promoção da saúde e prevenção do diabetes mellitus tipo 2, programas de exercício físico para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, reabilitação de vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), atividades terapêuticas, práticas corporais e de recreação para pacientes com transtornos mentais, programas de atividades aplicadas por meio de práticas corporais para dependentes químicos, bem como AF, jogos cooperativos e exercício físico, ocorrendo a maioria em média três vezes/semana (TAKEDA, 2005; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; PIRES, 2014; SANTOS, 2016; MONTENEGRO et al., 2019; MACHADO, 2019).

Também foi possível observar nesse estudo os desafios enfrentados pelos PEF como a falta de uma especialização que contemplasse as necessidades dos pacientes (PIRES, 2014; SANTOS, 2016). Outro fator encarado como desafio pelo PEF foi a dificuldade de elaborar ações que estimulassem a prática de AF, trabalhando nos aspectos afetivos, cognitivos e sociais, devido ao engessamento do modelo tradicional da psiquiatria que era aplicado na instituição (SANTOS, 2016).

As potencialidades também foram identificadas nesse estudo por meio da participação efetiva dos pacientes perante as atividades desenvolvidas pelos PEF, além de trazer resultados positivos na melhora da qualidade de vida, o aumento da autoestima, a vontade de sorrir mais, a diminuição de tensões e da ansiedade, entre outros efeitos, contribuindo para que os PEF encorajassem os pacientes a se tornarem mais ativos fisicamente (PIRES, 2014; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; MACHADO, 2019).

O estudo de Takeda (2005), que envolveu pacientes com transtornos mentais, mostrou que as ações confeccionadas pelos PEF aconteciam em grupos de AF, e tinham como proposta estimular por meio da AF, aspectos afetivos, sociais e cognitivos (TAKEDA, 2005). Ainda o autor cita que essas atividades proporcionaram aos pacientes sensações de bem-estar, permitindo que esse tipo de vivência fosse transferida para outras áreas da vida mediante a valorização da autoestima, do fortalecimento das relações grupais, dos vínculos afetivos, da resolução de problemas e do reconhecimento dos próprios limites, tais como o respeito, a tolerância e a valorização

das diferenças individuais (TAKEDA, 2005). Esses achados corroboram o estudo de Santos (2016), no qual as práticas aplicadas aos pacientes institucionalizados por transtornos mentais buscavam o viés terapêutico e a reinserção social (SANTOS, 2016).

O estudo de Pires (2014), assim como os estudos de Takeda (2005) e Santos (2016), abordam a atuação do PEF no tratamento de pacientes dependentes químicos, e também ressaltam o uso das práticas corporais como ferramenta terapêutica, por meio de práticas corporais variadas, constituídas por dinâmicas e jogos corporais, sensoriais, cognitivos e culturais, utilizando também o desporto e o exercício físico em sua totalidade (PIRES, 2016). Dessa maneira, Carvalho (2009) cita que essas práticas podem promover o regaste ao prazer pela prática, viabilizando os vínculos terapêuticos, familiares e ao convívio social (CARVALHO, 2009).

O jogo adaptado também foi utilizado como umas das estratégias para promover a AF a os pacientes acometidos por AVE. Além disso, programas de exercício físico, AF e ações de promoção da saúde também foram empregados pelos PEF nos hospitais (MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; MONTENEGRO, 2019; MACHADO, 2019).

Os programas de exercício físico e AF também foram encontrados nos estudos de Takeda (2005), Marchesan e Rombaldi (2012), Pires (2014) e Machado (2019). Tais programas buscavam trabalhar a melhoria do condicionamento físico, envolvendo exercícios de resistência, exercícios aeróbios e alongamentos (TAKEDA, 2005; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; PIRES, 2014; MACHADO, 2019). Entretanto, o foco dessas atividades não era pautado no restauro das capacidades físicas, mas sim, na estratégia de resgatar a autoestima, a criação de laços sociais, do conhecimento do corpo, incluindo suas limitações e potencialidades, viabilizando aos pacientes a se tornarem atores na autonomia da prática escolhida e se tornarem agentes da própria saúde (TAKEDA, 2005; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; PIRES, 2014; MACHADO, 2019).

Esses desfechos vão de encontro com o estudo de Dias, Antunes e Arantes (2014), que ao citar as atividades desenvolvidas pelos PEF em ambientes hospitalares, mostram que as intervenções eram majoritariamente voltadas para o melhoramento da aptidão física e reabilitação dos pacientes. Entretanto, os autores ressaltam outros conhecimentos que permeiam a promoção, o cuidado integral e a educação em saúde que os PEF precisariam adquirir para atuar nesse âmbito (DIAS, ANTUNES

e ARANTES, 2014). Sendo assim, esses conhecimentos envolvendo o cuidado integral corroboram o estudo de Machado (2019), que mostra que no contexto da reabilitação hospitalar não se deve considerar somente o tratamento com base no diagnóstico como parâmetro de trabalho, mas focar nos aspectos físicos, culturais, emocionais e sociais (MACHADO, 2019).

Nessa perspectiva, o estudo de Machado (2019) indica que a atuação do PEF no hospital é totalmente centralizada no paciente, buscando por meio das atividades ofertadas a independência do indivíduo e de potencializar as funções físicas, cognitivas e sociais preservadas (MACHADO, 2019). Ainda, Machado (2019) expõe as múltiplas atividades oferecidas no hospital, tais como aulas de condicionamento físico (caminhada, esteira ou bicicleta), natação, hidroginástica, musculação, tênis de mesa, polybat e a bocha adaptada (MACHADO, 2019). Ademais, antes da escolha da atividade o paciente passa pela equipe multiprofissional, assim, fortificando o trabalho interdisciplinar (MACHADO, 2019). Nesse sentido, a atuação do PEF nas equipes multiprofissionais já é uma realidade em muitas instituições por meio de vagas ofertadas nas residências multiprofissionais (LOCH e FLORINDO, 2012).

Desse modo, as residências multiprofissionais são uma das opções de especialização para que o PEF possua uma capacitação qualificada, pois nelas são trabalhados conhecimentos que se integram com as diferentes áreas da saúde, buscando de forma interdisciplinar melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde (LOCH e FLORINDO, 2012). Assim notamos que para a atuação do PEF em hospitais é necessário que o mesmo se capacite, e obtenha conhecimentos das patologias em questão, e também possua um olhar sensível para compreender a complexidade do ser humano como um todo (MACHADO, 2019).

Sendo assim, o PEF possui forte potencialidade para trabalhar com ações de promoção da saúde em hospitais. Montenegro (2019), em seu estudo sobre uma ação de promoção da saúde, avaliou o efeito de uma intervenção de 24 semanas no nível de AF entre adultos com risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2, por meio de envios de e-mails, estipulando metas recomendadas pela OMS para a realização de 150 minutos de AF por semana, na intenção de promover uma mudança considerável no estilo de vida dos indivíduos (MONTENEGRO, 2019). Os resultados desse estudo mostraram que ao final do acompanhamento, a intervenção motivacional por e-mail encorajou 74,2% indivíduos a cumprirem a recomendação semanal de AF (MONTENEGRO, 2019). Essas intervenções vão de encontro com Souza (2018) que

ressalta a eficácia das ações de aconselhamento para AF como uma ferramenta simples e gratuita, capaz de atingir grande parcela da população com o objetivo de incentivar a prática de AF (SOUZA, 2018).

Com relação aos perfis dos pacientes atendidos pelos PEF nesta revisão, eles foram variados, desde empresários com alta carga de trabalho (MONTENEGRO et al., 2019) a desempregados que possuíam baixa classe social (TAKEDA, 2005; PIRES, 2014; SANTOS, 2016). Dos pacientes internados com transtornos mentais, a maioria eram provenientes de abandono familiar, baixa renda, desempregados, baixa escolaridade e histórico de violência entre as equipes (SANTOS, 2016; TAKEDA, 2005). Esses resultados corroboram o estudo de Pires (2014) ao mostrar que os pacientes dependentes químicos possuíam características semelhantes.

O estudo de Takeda (2005) evidenciou que todos os pacientes estavam sem nenhum trabalho fixo ou ocupação. Zarate et al., (2000) destaca que a ociosidade não ocorre somente pelas condições clínicas, mas também pelo preconceito em relação à saúde mental, pois na maioria das vezes em um processo seletivo para ocupação de um cargo, quando é percebido que a pessoa tem distúrbios mentais em muitos casos ela é rejeitada (TAKEDA, 2005; ZARATE et al., 2000). Esses preconceitos enraizados na saúde mental estão diretamente associados a construções sociais e culturais que envolvem a pessoa com transtorno mental, dito como o “louco” (PIRES, 2014).

Quanto aos desafios enfrentados pelos PEF, a falta de uma formação específica foi a mais citada (TAKEDA, 2005; PIRES, 2014; SANTOS, 2016; MACHADO, 2019). No estudo de Santos (2016), ao analisar os relatórios de estágios curriculares obrigatórios dos alunos do curso de educação física, fica nítido a ausência do aporte teórico em relação à saúde mental. Nesses mesmos relatórios os alunos citaram que na graduação não vivenciaram nenhum tipo de contato nas disciplinas envolvendo a saúde mental, e ao adentrarem no hospital psiquiátrico não sabiam como atuar, e ainda possuíam o preconceito velado, principalmente pelo medo, sendo esses, criados pela sociedade com os pacientes internados (SANTOS, 2016).

Além disso, Santos (2016) ressalta que o modelo de atenção aos cuidados dos pacientes com transtornos mentais ofertado pelo hospital estava mais associado ao modelo de atenção manicomial do que na atenção psicossocial, ou seja, “uma instituição ainda cronificada numa rotina “biomédica” pautada em cuidados com o corpo medicalizado e vigiado” (SANTOS, 2016, p.87). Diante disso, a falta da vivência e de

uma formação qualificada e reflexiva em torno da saúde mental fazia com que os alunos acreditassem que o controle e confinamento ainda poderiam ser uma opção de tratamento (SANTOS, 2016). Sendo assim, de acordo com Lima (2010), a formação centralizada na atenção de cura das doenças que a maioria dos profissionais dos serviços de saúde possuem enreda o exercício da integralidade do cuidado e do desenvolvimento de ações que interligam as outras categorias profissionais (LIMA, 2010).

Em contrapartida, nos estudos de Takeda (2005), Pires (2014), Montenegro et al., (2019) e Machado (2019) apresentaram uma instituição guiada centrada nos princípios do cuidado humanizado, condicionadas ao processo reflexivo e estimulatório dos pacientes (TAKEDA, 2005; PIRES, 2014; MONTENEGRO, 2019; MACHADO, 2019). Contudo, os estudos de Takeda (2005) e Pires (2014) corroboram o de Santos (2016) ao citar que o PEF também não possuía uma especialização na atenção à saúde mental ao adentrar no hospital (TAKEDA, 2005; PIRES, 2014; SANTOS, 2016).

Com relação aos facilitadores da atuação do PEF nos hospitais foram encontradas a valorização das atividades desenvolvidas por parte dos pacientes, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional e os espaços de infraestrutura de alguns hospitais (TAKEDA, 2005; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; PIRES, 2014; SANTOS, 2016; MONTENEGRO, 2019; MACHADO, 2019). Tais resultados corroboram o estudo de Chaves (2017) que destaca a valorização do paciente sobre as atividades efetuadas, bem como a troca de conhecimentos entre os profissionais fortalecendo a atuação multiprofissional, e os espaços estruturais de qualidade para realização das atividades (CHAVES, 2017).

A valorização das atividades desenvolvidas pelo PEF ocorreu pelo fato de que esses profissionais buscaram instigar as potencialidades de cada paciente, além de usar a criatividade para elaborar estratégias que os estimulassem a serem fisicamente mais ativos, trabalhando não somente o físico, mas englobando aspectos sociais, culturais, afetivos e emocionais, e também resultando na melhora dos sistemas fisiológicos e metabólicos (TAKEDA, 2005; MARCHESAN e ROMBALDI, 2012; PIRES, 2014; MONTENEGRO, 2019; MACHADO, 2019).

Apesar de todos os esforços realizados nesse estudo, a incipiente literatura sobre a atuação do PEF nos ambientes hospitalares dificultou a ampliação do mesmo. Contudo, a escolha dos descritores utilizados na busca dos estudos proporcionou resultados significativos para o melhor entendimento da atuação do PEF inseridos, em ambientes hospitalares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou por meio da revisão da literatura que o PEF tem forte potencial para atuar em ambientes hospitalares, desenvolvendo ações de promoção da saúde e sendo capaz de atuar com diferentes tipos de patologias, utilizando da prática de AF para criar estratégias que atendessem às demandas de acordo com as necessidades dos pacientes.

Além disso, o estudo mostrou a diversidade de atividades efetuadas pelos PEF, sendo compostas por jogos cooperativos e recreativos, atividades adaptadas, bem como a prática de AF e exercício físico, sendo cada uma elaborada conforme o perfil dos pacientes.

Nesse estudo também foi apresentado o perfil dos pacientes atendidos pelos PEF que envolviam diferentes agravos, dentre eles: transtornos mentais, dependentes químicos, doentes renais crônicos e possíveis diabéticos. Contudo, vale ressaltar que o trabalho do PEF não se limita somente aos perfis encontrados nesse estudo.

Também foi possível observar os desafios enfrentados pelos PEF como falta de uma especialização que contemplasse as necessidades dos pacientes e dificuldades na elaboração de ações dentro de uma instituição pautada nos modelos tradicionais da psiquiatria, a qual era centralizada no tratamento medicamentoso. Assim, observa-se a necessidade de reformular a formação dos currículos de graduação em educação física, para que possa ampliar os serviços na área da saúde.

A importância da atuação do PEF nos hospitais foi evidenciada pelas múltiplas atividades desenvolvidas contribuindo para melhora da qualidade de vida dos pacientes, por meio da estimulação pelo movimento e assim trabalhando vários aspectos envolvendo o emocional, o convívio social, afetivo e a superação de barreiras ambientais, econômicas e sociais, além de contribuir para melhora dos sistemas fisiológicos e metabólicos.

Esse estudo contribuiu para reafirmar e potencializar a atuação do PEF em hospitais, servindo como apoio a possíveis estudos futuros, além de contribuir para o real entendimento das ações desenvolvidas por esses profissionais, e por fim, disseminar esse campo de intervenção para que os PEF e estudantes possam se apropriar da área, aproximando-se cada vez mais do setor da saúde, viabilizando o trabalho interdisciplinar e interprofissional.

7. REFERÊNCIAS

AZEVEDO L; OLIVEIRA, A.C.C; LIMA, J.R.P; MIRANDA, M.F. Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde [Internet]. **Conselho Nacional de Educação Física**; 2010.

BOYD, C. M., RICKS, M., FRIED, L. P., GURALNIK, J. M., XUE, Q. L., XIA, J., & BANDEEN-ROCHE, K. Functional decline and recovery of activities of daily living in hospitalized, disabled older women: the Women's Health and Aging Study I. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.57, ed.10, p.1757-1766. 2009.

BÖRJESSON, M. Promotion of physical activity in the hospital setting. **Dtsch Z Sportmed**; 64: 162-165. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 26 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 26 de abril de 2020.

BROWN, C. J., WILLIAMS, B. R., WOODBY, L. L., DAVIS, L. L., & ALLMAN, R. M. Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. **Journal of Hospital Medicine**: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine, v.2, n.5, p.305-313. 2007.

BRUGNEROTTO.F; SIMÕES.R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.149-172, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). 2018.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 391**, de 26 de agosto de 2020, Brasília: Conselho Federal de Educação Física, 2020.

CARVALHO.Y.M. Saúde, sociedade e vida um olhar da educação física. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.153-168, maio 2006.

CASATE.J.C.; CORRÊA.A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, jan/fev; v.13, n.1, p.105-111. 2005

CHAVES; D.D.M: **ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO CONTEXTO HOSPITAL**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2017.

COVINSKY. K.E; PIERLUISSI. E; JOHNSTON. C.B. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". **JAMA**, p.306:1782. 2011.

DESLANDES.S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DIAS.L.A.; ANTUNES.P.C.; ARANTES.V.H.P. Expectativas de atuação profissional de professores(as) de educação física em hospitais públicos brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. Esporte**. Florianópolis v. 36, n.2, supl., p. S75-S9, abr/jun-2014.

FERREIRA, W.R; CAPUTO, E.L; HAFELE, C.A; JERÔNIMO, J.S; et al. Acesso aos Programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**. v.35, n.2. 18 Fev, 2019

FONSECA.S.A.; NASCIMENTO.J.V.; BARROS.M.V.G. A formação inicial em Educação Física e a intervenção profissional no contexto da saúde: desafios e proposições. 2012.

FORTES.P.A.C. Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, p.30-35, set/dez, 2004.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GIRALDO, A.E.D; GOMES, G.A.O; SERAFIM, T.H.S; ZORZETO, L.P; AQUINO, D.C; KOKUBUN, Eduardo. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 18, n.6, p. 186-196, 2013

JÚNIOR, J. H., MENEGUCI, J., & SASAKI, J. E. Atuação do profissional da educação física na atenção primária, secundária e terciária. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v.3, n.1, 2015.

KOENDERS, N., VAN OORSOUW, R., SEEGER, J. P., NIJHUIS–VAN DER SANDEN, M. W., VAN DE GLIND, I., & HOOGEBOOM, T. J. "I'm not going to walk, just for the sake of walking...": a qualitative, phenomenological study on physical activity during hospital stay. **Disability and Rehabilitation**, v.42, p.78-85. 2019.

KLEIN, K., VALKENET, K., & VEENHOF, C. Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. **Physiotherapy Theory and Practice**, p. 1-8. 2019.

LAFONT, C., GERARD, S., VOISIN, T., PAHOR, M., VELLAS, B.– Reducing “Iatrogenic Disability” in Hospitalized Frail Elderly. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Vol. 15, Nº 8, p. 645-660; 2011.

LOCH MR, FLORINDO AA. A educação física e as residências multiprofissionais em saúde. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**. Sep 27; v. 17, n.2, p. 81–2. 2012.

LIMA, Waldecir Paula. Educação Física e Saúde: perspectivas de atuação profissional. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 18, n. 2, p. 64-69, 2019.

MACHADO. Wanessa Ferreira. **PROPOSTA DE ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA PARA PACIENTES COM AVC NO CONTEXTO DE REABILITAÇÃO HOSPITALAR**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2019

MARCHESAN, Moane; ROMBALDI, Ailton José. Programa de exercícios físicos para o doente renal crônico em hemodiálise. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 1, p. 75-78, 2012.

MARTINS, Iguatemy Maria de Lucena (Org.). Intervenção profissional e formação superior em educação física: articulação necessária para a qualidade do exercício profissional. Rio de Janeiro: CONFEF, 2015.

MENEZES.W.C.D.; SILVA L.H.; DRIGO.A.J. A inserção do profissional de educação física no processo de reabilitação musculoesquelética: a visão dos responsáveis por estabelecimentos privados de Itabuna-BA. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.16, n.4, 2011.

MONTENEGRO, Carla Giuliano de Sá Pinto et al. Impact on the physical activity level of adults at high and very high risk of developing type 2 diabetes mellitus: email follow-up intervention. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 25, n. 4, 2019.

NASCIMENTO.J.V. Realidade e perspectivas do mercado de trabalho em educação física para o século XXI. **Caderno de Ed. Física**. M.C. Rondon, v.2, nº1, p.117-136, nov/2000.

NAHAS.M.V.; GARCIA.L.M.T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade e saúde no Brasil. **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v.24, n.1, p.135-48, jan-mar.2010

NUNES.M.P.; VOTRE.S.J.; SANTOS.W. O profissional em educação física no Brasil: Desafios e perspectivas no mundo do trabalho. **Motriz**, Rio Claro, v.18, n.2, p.280-290, abr./jun. 2012.

NATAL. Jéssica. Profissionais da Educação Física atuam na reabilitação de pacientes Covid no HU-UEPG. Hospital Universitário UEPG, 2021. Disponível em: <

<https://hu.uepg.br/noticias/profissionais-da-educacao-fisica-atuam-na-reabilitacao-de-pacientes-covid-no-hu-uepg/> >. Acesso em: 04, de agosto de 2021.

OLIVEIRA, R. S. A Importância do Brincar no Ambiente Hospitalar: da Recreação ao Instrumento Terapêutico. **Psicólogo [Internet]**, 2012.

PADOVAN Diego, SCHWARTZ Gisele Maria, Recreação Hospitalar: o papel do profissional de educação física na equipe multidisciplinar. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.4, p. 1025-1034, out./dez. 2009.

PERON, E. P., GRAY, S. L., & HANLON, J. T. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. **The American journal of geriatric pharmacotherapy**, v.9, n.6, p.378-391, 2011.

PIERLUISSI, Edgar; FRANCIS, Deborah C.; COVINSKY, Kenneth E. Patient and hospital factors that lead to adverse outcomes in hospitalized elders. In: Acute care for elders. **Humana Press**, New York, NY, p. 21-47. 2014.

PIRES, Cassio Lamas. **Educação Física e Saúde coletiva**: flexões, reflexões e outras interferências cortantes. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SAMPAIO, R. MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. fisioter.** São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SANTOS, G. G. D. **O potencial de ação do profissional de educação física na área hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário Univates Centro DE Ciência Biológica e da Saúde Curso de Educação Física-Bacharelado. 2017.

SANTOS, T.I; GUERRA, P.H.; ANDRADE, D.R.; FLORINDO, A.A. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. v.20, n.2, p. 165-173, 2015.

SANTOS, Deise Francelle dos. Educação Física no Hospital Psiquiátrico São Pedro: uma experiência de familiarização e estranhamento nas entrelinhas dos relatos de estágio. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

SCABAR.T.G.; PELICIONI.A.F.; PELICIONI.M.C.F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, São Paulo, v.30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SEITZ, Eva Maria. Lazer hospitalar: sua contribuição no processo de humanização da assistência hospitalar. *Ativ. Fís., Lazer & Qual. Vida*: **R. Educ. Fís.**, Manaus, ISSN 2179- 4677, v.2, n.1, p.23-48, jun., 2011.

SILVA, M. A. M. D., PINHEIRO, A. K. B., SOUZA, Â. M. A., & MOREIRA, A. C. A. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.3, p.596-599. 2010.

SOUZA; J.H. **Prevalência de aconselhamento para a prática de atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática**. Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SOURDET, S., LAFONT, C., ROLLAND, Y., NOURHASHEMI, F., ANDRIEU, S., & VELLAS, B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.16, n.8, p.674-681. 2015.

TAKEDA, Osvaldo Hakio. **Contribuição da atividade física no tratamento do portador de transtorno mental grave e prolongado em hospital-dia**. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

WHO. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization. 2010.

WHO. World Health Organization - Health Topics: health promoting hospitals. 2008

WHO - World Health Organization . Putting PHP Polycy into action. Working papel of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care. Vienna: University of Vienna. 2006.

XAVIER.T.G.M.; ARAÚJO.Y.B.; REICHERT.A.P.S.; COLLET.N. Classe Hospitalar: Produção do conhecimento em saúde e educação. **Rev.Bras.Ed.Esp.**, Marília, v.19, n.4, p.611-622, out/dez., 2013.

ZARATE. J. C.A; TOHEN. M; LAND. M; CANAVAGH. S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. **Psychiat Quartely**; v.71, n.4, p.309-329. 2000.